



*Strukturmerkmale wie die Personalausstattung müssen bei einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung der Länder eine wichtige Rolle spielen. Von einer seriösen risikoadjustierten Basis für Pay-for-performance-Ansätze und ernsthafte Ergebnisvergleiche sind wir weit entfernt.*

*Foto: Jochen Rolfes*

## Qualität planen

Ende August hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) einen wichtigen Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen (G-BA) übergeben. Dabei geht es um Qualitätskriterien, die künftig in der Krankenhausplanung der Bundesländer berücksichtigt werden sollen. Der Bericht steht bisher nicht öffentlich zur Verfügung, einige allgemeine Anmerkungen zur Berücksichtigung von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung seien dennoch erlaubt.

Die ersten Weichen für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sind in einer Reihe von Bundesländern in der ersten Hälfte dieses Jahrzehnts gestellt worden. In Nordrhein-Westfalen gilt dies zum Beispiel für den Krankenhausplan, der 2013 erstellt wurde (*zum Stand der Krankenhausplanung NRW siehe auch Seiten 16 f.*). Danach ist das Thema „qualitätsorientierte Planung“ auch auf der Bundesebene aufgegriffen worden. Das IQTIG erhielt den Auftrag, Qualitätsindikatoren zu erarbeiten, die dann von den Bundesländern in der Krankenhausplanung verwendet werden können.

Offenbar hat das Institut mit einem sehr großen methodischen Aufwand die bereits bekannten Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung auf ihre Tauglichkeit für die Krankenhausplanung hin überprüft. Das verdient Respekt. Ob dies auch für die Ergebnisse gilt, bedarf allerdings der Diskussion.

Denn nach dem bisherigen Eindruck könnten Fragen der Strukturqualität zu kurz gekommen sein. Gerade diese Fragen sind jedoch nach Überzeugung der Ärzteschaft für die Krankenhausplanung besonders relevant. Es sollen wenige Indikatoren verblieben sein, denen womöglich die Repräsentativität für das Behandlungsgeschehen von ganzen Fachabteilungen fehlt – das würde ihre Nutzbarkeit für eine sinnvolle Krankenhausplanung erheblich einschränken.

Die Bundesärztekammer hat bereits kritisiert, dass das IQTIG-Konzept eine Verkürzung

des bisher erreichten Verständnisses von Patientensicherheit auf das Konstrukt einer „Patientengefährdung“ vornimmt. Dies würde einen Rückschritt beim Aufbau einer Sicherheitskultur bedeuten, die auf Prävention setzt und nicht auf Schuld und Sanktion.

Besonders relevant aus Landessicht ist ein weiterer Aspekt: Das IQTIG-Konzept soll ein zentralisiertes Verfahren vorsehen. Das IQTIG selbst soll – unterstützt durch den MDK – für ganz Deutschland verifizieren, welche Kliniken wirklich auffällig sind. Damit bleibt außer Acht, dass zum Beispiel Nordrhein-Westfalen mit seiner Geschäftsstelle Qualitätssicherung und dem Strukturierten Dialog bereits über bewährte Strukturen verfügt, die diese Aufgabe sicherlich sachnäher erledigen könnten. Allerdings gibt es keinen Automatismus, mit dem die Bundesvorgaben auf die Krankenhausplanung durchschlagen. Die Bundesländer haben die Möglichkeit, hierzu eigene Regelungen zu treffen.

Alles in allem sollten Qualitätsvorgaben dazu da sein, zu echten Verbesserungen in der Patientenversorgung zu kommen. Sie eignen sich nicht als elegantes Mittel zum Kapazitätsabbau oder gar als verkappte Sparprogramme. Im Gegenteil: Wer Qualität fordert, muss auch bereit sein, den Preis dafür zu bezahlen. Von einer seriösen risikoadjustierten Basis für Pay-for-performance-Ansätze und ernsthafte Ergebnisvergleiche sind wir weit entfernt.

Deshalb sind Strukturmerkmale ein so wichtiger Ansatz. Denn wer eine Krankenhausabteilung betreiben will, braucht dazu vor allem genügend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte. Strukturmerkmale gestatten auch, die mit ihnen verbundenen zusätzlichen Kosten zu ermitteln und ihre Refinanzierung zu überprüfen. Setzen wir uns dafür ein, dass dieser Weg beschritten wird.

Rudolf Henke  
Präsident der Ärztekammer Nordrhein